



Número: **0809668-64.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **13/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
J. L. D. O. (AUTOR)		DIOGO HENRIQUE BEZERRA GUIMARAES (ADVOGADO)
Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)
MARCIA MARIA LEOCADIO (TERCEIRO INTERESSADO)		

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
61417 996	09/10/2020 11:02	Petição	Petição
61418 000	09/10/2020 11:02	2742381_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros documentos
61418 005	09/10/2020 11:02	2742381_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02	Petição

Juntada de impugnação ao laudo pericial.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:50
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025064800000058921124>
Número do documento: 20100911025064800000058921124

Num. 61417996 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08096686420208205001

PORTO SEGURO S/A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no membro superior direito com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$4.725,00:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025085600000058921128>
Número do documento: 20100911025085600000058921128

Num. 61418000 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200012167 Cidade: Natal Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA Data do acidente: 24/10/2019 Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA COMINUTIVA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P2,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no membro superior direito com repercussão intensa (75%).

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025085600000058921128>
Número do documento: 20100911025085600000058921128

Num. 61418000 - Pág. 2

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 7 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025085600000058921128>
Número do documento: 20100911025085600000058921128

Num. 61418000 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200012167 Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/10/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15358526



2aq 00341/00342 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pjje.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091102512600000058921133>
Número do documento: 2010091102512600000058921133

Núm. 61418005 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200012167 Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 24/10/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a): JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Informações sobre os pagamentos da indenização

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =

R\$ 4 725,00

Recebedor: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000003070-8

Conta: 0000043665-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidade Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco

Atmospheric winds

Seguradora Líder DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
702.043.444-41 Shonatan Leocadio de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	Shonatan Leocadio de Oliveira		6 - CPF:	702.043.444-41
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Recuso Rio Guarapes / Residencial Nossa Sra. da Conceição	9 - Número:	560 AP: 403 BL: 3
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Natal	13 - Estado:	RN
15 - E-mail:	14 - CEP: 59074-776 (84) 9 9134-3008/94 99806-1091			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: <input type="text" value="3070"/>	CONTA: <input type="text" value="43665"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (várias)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fernanamirim 20 de Setembro de 2019.

Maria Maria Leocadio
42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria das Dores dos Bernardos Leocadio
43- Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 056047/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/11/2019 10:32 Data/Hora Fim: 01/11/2019 11:02
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 24/10/2019 12:40

Local do Fato

Município: Natal (RN)
Logradouro: AVENIDA SENADOR SALGADO FILHO

Bairro: Tirol
Nº: S/N

Ponto de Referência: EM FRENTE AO WALFREDO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARCIA MARIA LEOCÁDIO (COMUNICANTE)	Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade:RN - Santana do	Sexo: Feminino
Profissão: Do Lar			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria das Graças Leocádio		Nome do Pai: Manoel Joaquim Neto	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 074.603.744-90

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: R Rio Guarapes
Complemento: BL-J APTO-403
Bairro: Guarapes
Telefone: (84) 99909-1410 (Celular)

Nº: 560

CEP: 59.074-776

Nome Civil: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)	Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade:RN - Santana do	Sexo: Feminino	Nasc: 21/03/2004
Profissão: Estudante				
Estado Civil: Solteiro(a)				
Nome da Mãe: Marcia Maria Leocádio		Nome do Pai: José de Oliveira		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 702.043.444-41

Endereço

Município: Natal - RN
Logradouro: R Rio Guarapes
Complemento: bl-J apto. 403
Bairro: Guarapes

Nº: 560

CEP: 59.074-776



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Janir Azevedo de Paiva
Data de Impressão: 01/11/2019 11:02
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>
Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 056047/2019

Telefone: (84) 99909-1410 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Natal - RN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Microônibus/Ônibus
Descrição ônibus	CPF/CNPJ do Proprietário 09.326.382/0001-12
Placa LPW4474	Renavam 00330933876
Número do Motor 924919U0940854	Número do Chassi 9BM384078BB788400
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Número da Carroceria BUSUCFBTNBA311782CIFE
Cor BRANCA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Natal	Marca/Modelo M.BENZ/MPOLO TORINO U
Modelo M.BENZ/MPOLO TORINO U	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 02/12/2014	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE, GENITORA DA VÍTIMA, COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL E INFORMOU QUE NA DATA E HORA CITADOS SEU FILHO, MENOR, VINHA COMO PASSAGEIRO NO ÔNIBUS EM TELA, COM O BRAÇO ENCOSTADO NA JANELA, E QUE POSSIVELMENTE BATEU EM UM POSTE, VENDO A SOFRER LESÕES CONFORME BAA DE NÚMERO 55302/2019, ORIUNDO DO PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO. QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE A MOTORISTA DISSE NÃO PODER PRESTAR SOCORRO, POIS ESTAVA DIRIGINDO E COBRANDO, EVADINDO-SE DO LOCAL.

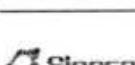
NADA MAIS DISSE.

ASSINATURAS

Janir Azevedo de Paiva
Agente de Polícia
Matrícula 170.234-3
Responsável pelo Atendimento

Marcia Maria Leocádio
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alzira Veiga de Medeiros
Impresso por: Janir Azevedo de Paiva
Data de Impressão: 01/11/2019 11:02
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091102512600000058921133>
Número do documento: 2010091102512600000058921133

Num. 61418005 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
702.043.444-41 Shonatan Leocadio de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	Shonatan Leocadio de Oliveira		6 - CPF:	702.043.444-41
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Recuso Rio Guarapes / Residencial Nossa Senhora	9 - Número:	560 AP: 403 BL: 3
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Natal	13 - Estado:	RN
15 - E-mail:	14 - CEP: 59074-776 (84) 9 9134-3008/94 99806-1091			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: <input type="text" value="3070"/>	CONTA: <input type="text" value="43665"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (várias)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, <i>Fernanamurum 20 de Setembro de 2019.</i> Assinatura da testemunha

Maria Maria Leocadio
42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

morena de Bernardino Souza
43- Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 55302 /2019
Admissão: 24/10/2019 13:03:31

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - LARANJA

Paciente: **148918 - JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA** (15 a 8 m 29 d)

Nascimento: 21/03/2004 Natural: SANTANA DO MATOS.BRASIL Sexo: M Cor: PARDA

CNS: CPF: 70204344441

Prof: ESTUDANTE

Mãe: MARCIA MARIA LEOCADIO

Pai:

Logradouro: RIO GUARAPES, 560

CEP: 59074776 Bairro: GUARAPES

Cidade: NATAL

Telefone: 84 .99742859

Compl:

Motivo: OUTROS FERIMENTOS

Tipo: REFERENCIADO

Origem: FAMILIA

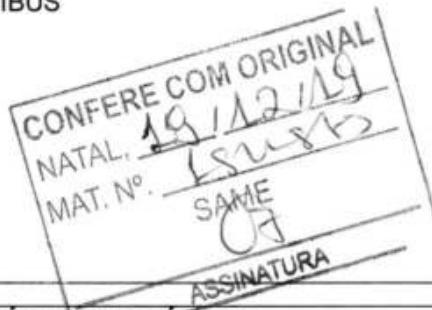
*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação: 24/10/2019 12:52:11								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA EXPOSTA CAUSADA EM ONIBUS

Hora: ____:



EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A
B
C
D
E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: 24/10/2019 14:46:27 - INTERNADO

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 19 de Dezembro de 2019.



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091102512600000058921133>

Número do documento: 2010091102512600000058921133

Num. 61418005 - Pág. 7

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03070-8

CONTA: 000000043665-8

Nr. Autenticação

BRADESCO21012020050000000002370307000000043665472500 PAGO



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>
Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 8

Tarifa Social de Energia Elétrica; Criada pela Lei 10.436, de 26/04/02

CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA • FATURA • NOTA FISCAL

COSERN
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmos, 150, Bairro, Natal - RN, CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Ins. Est. 20055189-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO CANINDE RIBEIRO DUG ANJUS
CPF: 700 332 364-88 NIS: 23791582270

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

MUDANÇA FISCAL	MES	DETALHADO
029015534	UNICA	26/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	DATA DE VALIDADE:
26/09/2019	301138478	2724728

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PIÓ GUARAPES 560 AP-403
RESIDENCIAL MEESTRE LUCARINO BL-J
GUARAPES/ÁREA URBANA
NATAL/RN
59074-776

CONTAS CONTRA	MÊS/ANO
7013952709	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	04/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	24/09/2019
105,14	

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Álcool até 30 kWh	0,21625941	0,49
Consumo Álcool superior a 30 até 100 kWh	0,27088167	25,98
Consumo Álcool superior a 100 até 220 kWh	0,55633735	49,29
Ajuste (Alcool) - 0,449 AMARELA		0,43
Aleijadinho Bandeira VERMELHA		5,30
Centro Sum. Pública Municipal		9,68
ICMS-Parcelsa Subvençional		7,83
Multa por atraso-NF 026237021 - 25/08/19		1,76
Juros por atraso-NF 026237021 - 25/08/19		0,76
Atualização (OPM-NF 026237021 - 25/08/19)		0,66

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
218141118	CAT	26/07/2019	1.493,68	26/08/2019	1.493,68	30	1.250,00		186,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPÔTO	COMPRISSÃO DO CONSUMO
AGO 18	150			Gerador de Energia: R\$ 31,85 23,80%
SET 18	150			Transmissão: R\$ 3,37 3,30%
OUT 18	150			Usina Hidráulica (Cachoeira): R\$ 21,25 25,18%
NOV 18	200			Pedra de Energia: R\$ 5,72 8,15%
DEZ 18	150			Energia Residual: R\$ 1,76 2,08%
JAN 19	150			Impostos: R\$ 12,72 33,14%
FEB 19	30			
MAR 19	30			
ABR 19	30			
MAY 19	117			
JUN 19	30			
JUL 19	30			
AGO 19	30			
SETEMBRO 19	30			
OUT 19	30			
NOV 19	30			
DEZ 19	30			
JAN 20	30			
FEB 20	30			
MAR 20	30			
ABR 20	30			
MAY 20	30			
JUN 20	30			
JUL 20	30			
AGO 20	30			
SETEMBRO 20	30			
OCT 20	30			
NOV 20	30			
DEZ 20	30			
JAN 21	30			
FEB 21	30			
MAR 21	30			
ABR 21	30			
MAY 21	30			
JUN 21	30			
JUL 21	30			
AGO 21	30			
SETEMBRO 21	30			
OCT 21	30			
NOV 21	30			
DEZ 21	30			
JAN 22	30			
FEB 22	30			
MAR 22	30			
ABR 22	30			
MAY 22	30			
JUN 22	30			
JUL 22	30			
AGO 22	30			
SETEMBRO 22	30			
OCT 22	30			
NOV 22	30			
DEZ 22	30			
JAN 23	30			
FEB 23	30			
MAR 23	30			
ABR 23	30			
MAY 23	30			
JUN 23	30			
JUL 23	30			
AGO 23	30			
SETEMBRO 23	30			
OCT 23	30			
NOV 23	30			
DEZ 23	30			
JAN 24	30			
FEB 24	30			
MAR 24	30			
ABR 24	30			
MAY 24	30			
JUN 24	30			
JUL 24	30			
AGO 24	30			
SETEMBRO 24	30			
OCT 24	30			
NOV 24	30			
DEZ 24	30			
JAN 25	30			
FEB 25	30			
MAR 25	30			
ABR 25	30			
MAY 25	30			
JUN 25	30			
JUL 25	30			
AGO 25	30			
SETEMBRO 25	30			
OCT 25	30			
NOV 25	30			
DEZ 25	30			
JAN 26	30			
FEB 26	30			
MAR 26	30			
ABR 26	30			
MAY 26	30			
JUN 26	30			
JUL 26	30			
AGO 26	30			
SETEMBRO 26	30			
OCT 26	30			
NOV 26	30			
DEZ 26	30			
JAN 27	30			
FEB 27	30			
MAR 27	30			
ABR 27	30			
MAY 27	30			
JUN 27	30			
JUL 27	30			
AGO 27	30			
SETEMBRO 27	30			
OCT 27	30			
NOV 27	30			
DEZ 27	30			
JAN 28	30			
FEB 28	30			
MAR 28	30			
ABR 28	30			
MAY 28	30			
JUN 28	30			
JUL 28	30			
AGO 28	30			
SETEMBRO 28	30			
OCT 28	30			
NOV 28	30			
DEZ 28	30			
JAN 29	30			
FEB 29	30			
MAR 29	30			
ABR 29	30			
MAY 29	30			
JUN 29	30			
JUL 29	30			
AGO 29	30			
SETEMBRO 29	30			
OCT 29	30			
NOV 29	30			
DEZ 29	30			
JAN 30	30			
FEB 30	30			
MAR 30	30			
ABR 30	30			
MAY 30	30			
JUN 30	30			
JUL 30	30			
AGO 30	30			
SETEMBRO 30	30			
OCT 30	30			
NOV 30	30			
DEZ 30	30			
JAN 31	30			
FEB 31	30			
MAR 31	30			
ABR 31	30			
MAY 31	30			
JUN 31	30			
JUL 31	30			
AGO 31	30			
SETEMBRO 31	30			
OCT 31	30			
NOV 31	30			
DEZ 31	30			
JAN 32	30			
FEB 32	30			
MAR 32	30			
ABR 32	30			
MAY 32	30			
JUN 32	30			
JUL 32	30			
AGO 32	30			
SETEMBRO 32	30			
OCT 32	30			
NOV 32	30			
DEZ 32	30			
JAN 33	30			
FEB 33	30			
MAR 33	30			
ABR 33	30			
MAY 33	30			
JUN 33	30			
JUL 33	30			
AGO 33	30			
SETEMBRO 33	30			
OCT 33	30			
NOV 33	30			
DEZ 33	30			
JAN 34	30			
FEB 34	30			
MAR 34	30			
ABR 34	30			
MAY 34	30			
JUN 34	30			
JUL 34	30			
AGO 34	30			
SETEMBRO 34	30			
OCT 34	30			
NOV 34	30			
DEZ 34	30			
JAN 35	30			
FEB 35	30			
MAR 35	30			
ABR 35	30			
MAY 35	30			
JUN 35	30			
JUL 35	30			
AGO 35	30			
SETEMBRO 35	30			
OCT 35	30			
NOV 35	30			
DEZ 35	30			
JAN 36	30			
FEB 36	30			
MAR 36	30			
ABR 36	30			
MAY 36	30			
JUN 36	30			
JUL 36	30			
AGO 36	30			
SETEMBRO 36	30			
OCT 36	30			
NOV 36	30			
DEZ 36	30			
JAN 37	30			
FEB 37	30			
MAR 37	30			
ABR 37	30			
MAY 37	30			
JUN 37	30			
JUL 37	30			
AGO 37	30			
SETEMBRO 37	30			
OCT 37	30			
NOV 37	30			
DEZ 37	30			
JAN 38	30			
FEB 38	30			
MAR 38	30			
ABR 38	30			
MAY 38	30			
JUN 38	30			
JUL 38	30			
AGO 38	30			
SETEMBRO 38	30			
OCT 38	30			
NOV 38	30			
DEZ 38	30			
JAN 39	30			
FEB 39	30			
MAR 39	30			
ABR 39	30			
MAY 39	30			
JUN 39	30			
JUL 39	30			
AGO 39	30			
SETEMBRO 39	30			
OCT 39	30			
NOV 39	30			
DEZ 39	30			
JAN 40	30			
FEB 40	30			
MAR 40	30			
ABR 40	30			
MAY 40	30			
JUN 40	30			
JUL 40	30			
AGO 40	30			
SETEMBRO 40	30			
OCT 40	30			
NOV 40	30			
DEZ 40	30			
JAN 41	30			
FEB 41	30			
MAR 41	30			
ABR 41	30			
MAY 41	30			
JUN 41	30			
JUL 41	30			
AGO 41	30			
SETEMBRO 41	30			
OCT 41	30			
NOV 41	30			
DEZ 41	30			
JAN 42	30			
FEB 42	30			
MAR 42	30			
ABR 42				

05/12/2019

::Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1344045832

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE

RUA MERMOS, 150, BALDO
NATAL - RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Grátias:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvidoria 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços do Rio Grande do Norte - ARSEP 0800 727 0167 - Ligação Grátiia de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157

Ligação Grátiia de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE!
SEVERINA JULIA DE LIMA

DATA DE VENCIMENTO
11/12/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 63,66

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

04/12/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

04/12/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
033941603

CONTA CONTRATO
7001931380

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDEREÇO
RUA BRASILICIO CAMILO 122 -FT -
ANEQUIM/AREA URBANA -59173-000
GOIANINHA RN -

PERÍODO CONSUMO
04/11/2019 a 04/12/2019

CONSUMO
82

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota 18,00 valor do imposto R\$ 10,25

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091102512600000058921133>

Número do documento: 2010091102512600000058921133

Num. 61418005 - Pág. 10



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcoander Bernardino de Souza

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.089.354-80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ivanatan Leocadio de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.043.444-41

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez/1ano da Vítima Ivanatan Leocadio de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.043.444-41, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Brasílio Camilo</u>	Número:	<u>122</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>inequim</u>	Cidade:	<u>Goiânia</u>	Estado:	<u>AN</u>
E-mail:				CEP:	<u>59173-000</u>

Tel.(DDD)84) 99806-1091
84199134-3603

Local e Data: Panamirim 20 de Dezembro de 2019.

Marcoander Bernardino de Souza
Assinatura do Declarante



SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
 Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
 CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 148918 JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA	Nascimento: 21/03/2004	Sexo: Masculino	Prontuário:
CNS:			Cor: PARDA
Mãe: MARCIA MARIA LEOCADIO	Pai:		
Endereço: RUA AGRESTINA, 0 - PLANALTO - NATAL			Fone: 99742859 /
Município: NATAL	Código Municipal IBGE: 240810	UF: RN	CEP: 59073-270

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 29989 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
TRATAMENTO CIRÚRGICO



RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
SEMILOGIA

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S42.3 FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO*408020393.TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

UMERO DIAFISARIA;3

Informações importantes sobre as condições do paciente:
 Diabetes Hipertensão Obesidade

Faz Antibioticoterapia
 Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente: MARIO ARNAUD MELO DE ABREU

CRM: 5476 / RN Data da Solicitação 24/10/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

- () Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: _____ Nº do bilhete: _____ Série: _____
 () Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: _____ CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____
 () Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

Número da Autorização: _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____





REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: JHONATHAN REOCOJO DE OLIVEIRA Idade: _____ N° Reg.: _____
Serviço: Cir. Plástica Enf#: _____ Leito: 258

AO SERVIÇO: Oft. pediatra

MOTIVO DA CONSULTA: - (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do enfermo).

juvenile em jus operato
de entertia de pole
fixados em MSD

Joliculos avulsos
acompanhando~~CONFERE COM ORIGEM~~
~~NATAL, 19/12/11~~
~~MAT. N. 152912~~
~~de SAME~~

Natal/RN, 11 de 11

~~ASSINATURA~~

~~Edilson Carles de Souza~~
~~CRM 2121~~
~~Ortopedista CRM 11295~~

Médico que solicita o parecer

PARECER:

paciente precisa ser referido
para outro hospital
para encerrar o processo operatório
que envolve o membro operado
que é fratura do troco
distal com fissura exposta
que deve ser feita
a tentativa de

* ferida aberta

~~Dr. Ricardo Araújo~~
~~Ortopedista Traumatologista~~
~~CRM 2001 TEOT 11295~~

Natal/RN, 12 de 11 de 12

Médico que emite o parecer





Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 04/10/19 Alta: _____ / _____ / _____
Nome: ATHONIAN LECCABIO DE OLIVEIRA Naturalidade: SANTANA DO IBAT
Idade: 15 ANOS Sexo: () Masculino () Feminino Data de Nascimento: 01/03/2004
RG: 3.392.719 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: _____
Filiação: Pai: JOSÉ DE OLIVEIRA
Mãe: MÁRCIA MC LECCABIO
Endereço: R. DIO GUARAPES, 560 - Res. Mestre Lucasito
Bairro: Bairro Guaraças Cidade: Natal
Telefone: 99909-1410 - marcia (mãe) () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: 99904-3845 - kribin (pai) Outros telefones: _____
Composição familiar: Mãe (1) filha e 03 irmãos (04 pessoas)
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: _____ Trabalho c/ vínculo empregatício () Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PET () PSF () CAPs () SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa: _____

Forma de Acesso ao Serviço

() Sozinho - procurou atendimento () Trazido por familiares () Trazido pelo SAMU
(X) Socorrido em via pública () Outros meios _____
() Encaminhado: Hospital de origem: _____

Critérios para Acompanhante

Possui requesitos? () Não (X) Sim Qual o motivo? menos

Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental

Responsável pelo paciente: márcia mc leccabio

Parentesco: Mãe Telefone: 99909-1410

Endereço do Responsável: O mesmo

Evolução

(Adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, condições emocionais, participação da família na internação, visitas recebidas, encaminhamentos, etc.)

Charge vítima de colisão entre ônibus com posteiros
Trazido por pessoas envolvidas no acidente, feito
cadastro de acompanhante e orientações.

Rosâlia M Fernandes
Assistente Social
CRESS 999

Saída

Óbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO () Obs. _____

Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____

Orientações/Encaminhamentos: _____

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, egravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Thonatan Leolario de Oliveira IDADE: 15 A
DATA DE NASCIMENTO: 23-03-2004
REGISTRO: FIA 30142-2019 HORA: 15h30
DATA DE ADMISSÃO: 24/10/2019

ADMISSÃO DO PACIENTE: Centro Pediátrico
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL:

HIDRATAÇÃO: SIM NÃO VIA: PERIFÉRICO: ACESSO CENTRAL:

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE ORIENTADO VIGIL AGITADO

INCONSCIENTE:

ESTADO GERAL: BOM REGULAR GRAVE

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE M.V. ENTUBADO TRAQUEOSTOMIZADOR

ALÉRGICO: SIM NÃO HIPERTENSO: SIM NÃO

DIABÉTICO: SIM NÃO ASMÁTICO: SIM NÃO

DOENÇA RENAL: SIM NÃO OUTRAS PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: _____

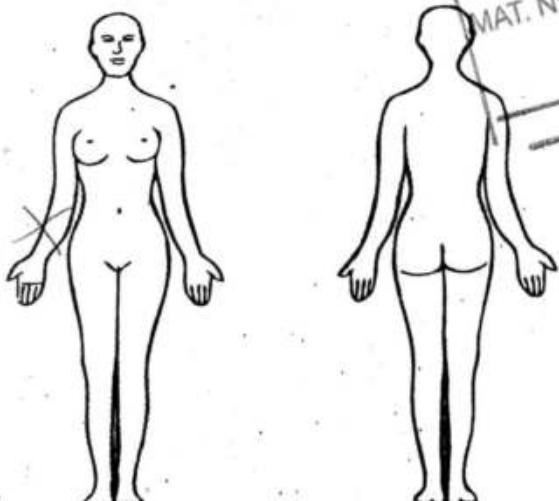
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM NÃO

OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO N° _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: Ara Karla

CIRCULANTE: Anderson

TIPO DE ANESTESIA: GERAL RAQUI PERIDUAL B.P.B. LOCAL

OBS.: _____

ANESTESISTA: DR. Silviano

INÍCIO DE ANESTESIA: 15:20

TÉRMINO DE ANESTESIA: 17:35 / 17:50

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: _____

HORA: _____

Lote: 101771 Código: FOB 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEIA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab.: 16/08/2018 Val.: 08/2023
Registro Anvisa N° 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Lote: 000318 Código: AP35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
CX 4,5 X 200 X T

Fab.: 16/08/2018 Val.: 08/2023
Registro Anvisa N° 80083650026
Material ACO INOX F138

Lote: 000318 Código: AP35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
CX 4,5 X 200 X T

Fab.: 16/08/2018 Val.: 08/2023
Registro Anvisa N° 80083650026
Material ACO INOX F138



0124191005025

HEMONDR

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



INÍCIO DE CIRURGIA: 15:40
CIRURGIÃO: Dr. Nelson de Andrade
1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: Fístula exposta do Víscero e Antebraço Direito.

TÉRMINO DE CIRURGIA: 17:30
SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X) N° DA SONDA:
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X) N° DA SONDA:
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () RX: SIM () NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO () TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X) TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X) FEITO FICHA: SIM () NÃO (X)
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM () NÃO (X)
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (X)
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE: 20 UNID 2023
GAZES CONFERIDAS: SIM (X) NÃO () QUANTIDADE: 30 UNID 2023
CAIXA CIRÚRGICA: Ex 02/12/2023

COMPLETA: SIM () NÃO (X) OBS.:
ÓBITO: SIM () NÃO (X) HORA: — REALIZADO RCP: SIM () NÃO (X)

RESPONSÁVEL PELA RCP:
PACIENTE ENCAMINHADO: CRO () UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()
ENTUBADO: SIM () NÃO (X)
PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()
FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()

OBSERVAÇÕES: Paciente Admitido somente em sala Operatória
AS 15:30 proveniente do PS - Centro da Conselheiro e MIE-
rins, auxiliado em seu ambiente em estase no Sín. Par-
teira transposta em Braço direito. Atenção: SSU: Pe-
nas gommos; FE 100 mm e SP 02-00%. Esse AVP em
MSE com Sinais Biológicos, p/ ser encaminhado para cir-
urgia e ORTOPEDICO. SSU estável

Marcos Edmundo Silva Júnior
Assinatura do (a) Enfermeiro(a)
COTEC/UFSCAR

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jonathas Leocádio da Oliveira

Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: Tumor da artéria

Indicação terapêutica: Sutura parcial

Urgência () Eletiva (✓)

INTERVENÇÃO

Data: 24/10/19

Início:

Término:

Duração:

Operador: José Alves

CRM/CRO:

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

CRM/CRO:

Anestesista: Gisele

CRM/CRO:

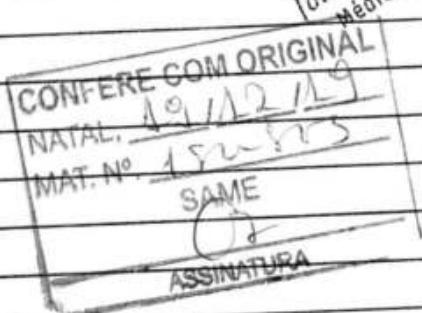
RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

SOS emerg. - Dejunto, desmigar o paciente em óbito, expor o tronco do MBD e fazer exposição da laringe e fundo de fábris extura - Tratamento direto, furo parat. c/ anest. - 01 jgo

Autorizaramos a realização

04.23.04.027-8(3) TOL2 (741,69)

João Alves Martins
Médico / CRM 2484



Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores humanitários.





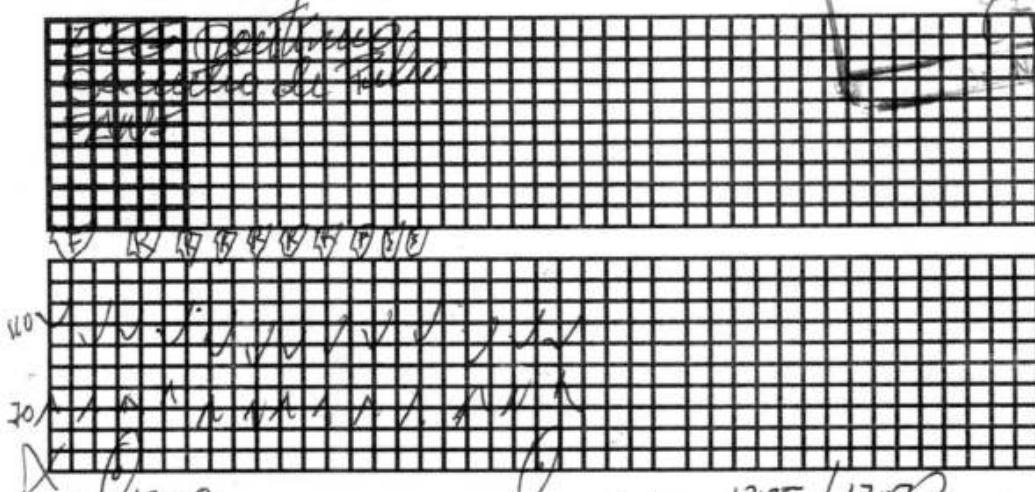
GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Jhonatan Leocadio de Oliveira ASA: E1
Idade: 159 Sexo: M Registro:
Diagnóstico: Sintoma exantemático com artrite e gotudo Data: 24/10/19
Ocirgia Realizada: Trombose venosa profunda de membros + artrite + TBC
Cirurgião: Ricardo Soeiro Auxiliar: Anônimo
Anestesiologista: Colleto Enfermagem:
História Clínica Admisional: Paciente com história de Trombo no VSD.
Nega reações e comorbidades.

Técnica Anestésica: Bloqueio Plexo braquial

CONFEF
NATAL
MAT. N°: 131-7
TÍGINAL
NATURA



Início: 15:20

Término: 17:35 / 17:50

Anestésicos Utilizados:

1. Ropivacaína 1% 200 mg
2. Metrizolamol 500 mcg
3. Clozapina 150 mg
4. Gentamicina 80 mg
5. Midazolam 3 mg
6. Dexmedetomidina 0,7 mcg
7. Fentanyl 70 mcg
8. Catecitolato de Magnésio 1 L
9. Glucosamina 20 mg
10. Clorquina 150 mg
11. Clorofona 2 g
12. Glucopur 1 amp.
13. Metacetanfetamina 10 mg
14. _____

Encaminhamento: Encaminhado ao CEO acordado, PA = 105x65
FC = 93, SAI = 100%

Assinatura do Anestesiologista - CRM

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fernanda Flôr Linhares Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: Fratura separada aberta e

Indicação terapêutica: Urgência () Eletriva ()

INTERVENÇÃO

Data: 21/10/19 Início: Término: Duração:

Operador: Dr. Ricardo Araújo CRM/CRO:
Ortopedia e Traumatologia CRM 5001 TEOT 11.95

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador: CRM/CRO: NATAL 19/10/19
CRM/CRO: SAME

Anestesista: CRM/CRO: ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- (1) Delibito dorso
(2) Anestesia
(3) Limpeza anterior com fio de Ferro lajão e clorhexidina
(4) Sat. IESPIN
(5) Aplicação de campo
(6) Lavagem de tecidos (120/180g)
devido à grande infiltração óssea
(7) DEBRIDAMENTO
(8) Fixação de fragmentos ósseos (fios)
com fio de 3.0 e fixação com placas
(9) Remoção de lesões ósseas (osteotomia)
de novo sujeito com flexão e extensão
(10) Fixação de fratura óssea com fios
Fim 18:17 horas PLS 001
(11) Ligadura e curativo
(12) Sutura e curativo
(13) Ajustados os pontos de plásticos
e varizes.

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





ANTERIOR
Id. Paciente: 50
Paciente: JHC
HOSPITAL MO



ANTERIOR
ELOCADIO DE OLIVEIRA
R WALFREDO GURGEL
Técnico: TIAGO ROCHA
Idade: 15 ano(s)



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>
Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 20



SESAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SAI. NHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 55302 /2019
Admissão: 24/10/2019 13:03:31

CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: **148918 - JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA** (15 a 7 m 3 d) Sexo: M Cor: PARDA
Nascimento: 21/03/2004 Natural: SANTANA DO MATOS, BRASIL Prof:
CNS: CPF: 70204344441
Mãe: MARCIA MARIA LEOCADIO Pai:
Logradouro: AGRESTINA, 0 Cidade: NATAL
CEP: 59073270 Bairro: PLANALTO
Telefone: 84 99742859 Compl:

Motivo: OUTROS FERIMENTOS
Origem: FAMILIA

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 24/10/2019 12:52:11

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: FRATURA EXPOSTA CAUSADA EM ONIBUS

Hora: 13:15

fracasso no mi s d apré onibus no
ônibus (soc) informasse que o paciente é de forte D
que o paciente é de forte D

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VPR
- B PUPILAS
- C PUPILAS EQUAIS
- D TENSÃO ARTERIAL
- E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

fracasso: fraco
apreto: forte

24.10.19 13:55

*Saída:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

fractura exposta

*Gerado via SX por UZIMAR PEREIRA VALE. Impresso em 24 de Outubro de 2019.



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

;

B

C

D

E

A (ALERGIAS)

M (MEDICAÇÃO EM USO)

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

pe Braco D AP / P
 pe costas D AP P

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

D fraximor 100 mg - D
 f 100 ml pt (+) peixe

*Dr. Rafael Rosas
 Cirurgião Geral e do Ap. Digestivo
 CRM/RJ 4001*

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

SI HT e flacidez Ácne

116 doces

VAT/Urso

Karla Avelino
 Urologista
 CRM/RJ 5319

*Dr. Rafael Rosas
 Cirurgião Geral e do Ap. Digestivo
 CRM/RJ 4001*

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL**ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL****ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE****ESPECIALISTA 1**

Onkopel

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:**INTERAÇÃO NA CLÍNICA:**

DATA / /

HORA

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

*Karla Avelino
 Urologista
 CRM/RJ 5319*

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP



	GOVERNO DO ESTADO DO RI GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Sarinho	RELATÓRIO DE HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO
---	--	---

Nome:

Leito:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

Hora:

29/10/2011
 08:00
 Opensoo os traves gavos
 que nem jipeiros outo
 em Forte de sítios o
 auxiliares do pôrto e
 Lisboa

Dr. Ricardo Araújo
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 5001 PECF 1195

28/10/11

1-º Dto R de 200 Grav em RSE
 (-Fx Ímparo)
 (-Fx prévio)

Índice: Bem, M.S. com base no exame
 F.S. com risco avançado. I. desfech
 anestesia (local + Mediane).

Sem intervenção no momento

ag. Assistida

Dr. Ricardo Araújo, CRM 5001
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RN - 5243

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, crônicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Chouatou Leocadio de Oliveira ASA: E1

Idade: 159 Sexo: M Registro: 663

Diagnóstico: fractura estacionaria de uno astileos e **osteotomia** de la tibia **2/10/19**

Obras realizadas: Lo que se ha hecho hasta el momento + desarrollo + lo venido

Georgia Realizada: anterior seguir al final + comenzar + -coger fu
Categoría: Recetas Salud A continuación: Añadir

Cirurgião: Renato Souza Auxiliar: Amorim

Anestesiologista: Colégio Enfermagem: Colégio

História Clínica Admisional: Sintomas com história de Tumores no PSD.

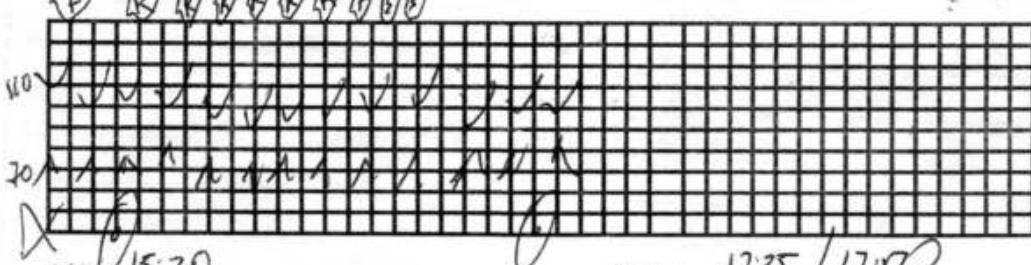
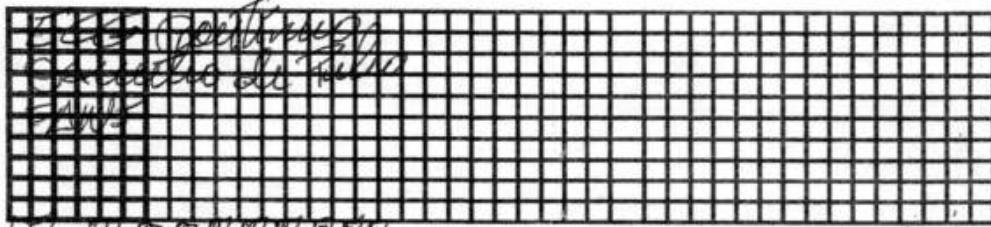
Nega alegrias e satisfações.

Blooming Phlox paniculata

Técnica Anestésica: Regional Bloqueo

A blank musical staff consisting of five horizontal lines and four spaces, ending with a vertical bar line on the right side.

五



Inicio 13:20

Término: 17:35 / 17:50

- Anestésicos Utilizados:

 1. Nayofug 1% 200 mg
 3. Cloroxigén 150 mg
 5. Midazolam 3 mg
 7. Fenotar 70 mg
 9. Cetamina 20 mg
 11. Cetofolium 2 grs
 13. Diamantoxine 10 mg
 2. Hemiquinalgol 500 mg
 4. Gentamicina 80 mg
 6. Dr. pereyra 2 grs
 8. Colchetos de plástico L
 10. Tetra 8 grs
 12. Fluconazol 1 grs.

Encaminhamento ao CEO acordado, P1 = 105 x 65
 $FC = 93$ $SVD = 100$.

Assinatura do Prostetista - CRMF

ESTE HOSPITAL É SEU. É MEU. É NOSSO.





IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jhonatas Henrique Reg. Nº 98

Diagnóstico pré-operatorio: Fratura expessa unida e

Indicação terapêutica: Ante-solo Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 21/10/19 Início: _____ Término: _____ Duração: _____

Operador: Dr. Ricardo Araújo CRM/CRO: _____
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEC 11.295

1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- (1) Desubito dorsal
- (2) Anestesia
- (3) Limpagem sanguínea com fio
Fixação e clavos
- (4) Ante-solo
- (5) Appius de campo
- (6) Lavação de tecidos
de náusea supressão
- (7) Debridamento
- (8) Fixação do antebraço com fio
em fio e fixação com escala
- (9) Ressecção de tecidos da articulação
de mão anti-correção e fio
- (10) Fixação do punho com fio
fio BFT antebraço
- (11) Angulo fuso
- (12) Intubação e anestesia
- (13) Ajustes no antebraço
e varas

Dr. Ricardo Araújo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5001 TEC 11.295

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos humanitários.





IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Jonathan Leocádio da Oliveira* Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: *Tumor da artéria*

Indicação terapêutica: *Sutura fáscia* Urgência () Eletiva (✓)

INTERVENÇÃO

Data: 24/10/19 Início: Término: Duração:

Operador: *José Alves* CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: *Gilberto* CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

*SOS anest. Depurado. Abertura diafragma procedimento cirúrgico.
Explorou área da artéria e fez o corte aperte da ferida +
funda de fibrina extra - fibrose dura. Fim oper.
O exame - OI / 600*

Autorizado na sua realização

*João Alves Martins
Médico / CRM 2404*

Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores humanitários.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfrido Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Jhonatan Leolano de Oliveira IDADE: 19
DATA DE NASCIMENTO: 23-03-2004 IDADE: 19
REGISTRO: EIA 30142-2019
DATA DE ADMISSÃO: 24/10/2019 HORA: 15h30

ADMISSÃO DO PACIENTE: Oncoologia
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL:

HIDRATAÇÃO: SIM NÃO VIA: PERIFÉRICO: ACESSO CENTRAL:

NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE ORIENTADO VIGIL AGITADO

INCONSCIENTE:

ESTADO GERAL: BOM REGULAR GRAVE

SISTEMA RESPIRATÓRIO: AR AMBIENTE M.V. ENTUBADO TRAQUEOSTOMIZADOR

ALÉRGICO: SIM NÃO HIPERTENSO: SIM NÃO

DIABÉTICO: SIM NÃO ASMÁTICO: SIM NÃO

DOENÇA RENAL: SIM NÃO OUTRAS PATOLOGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES: _____

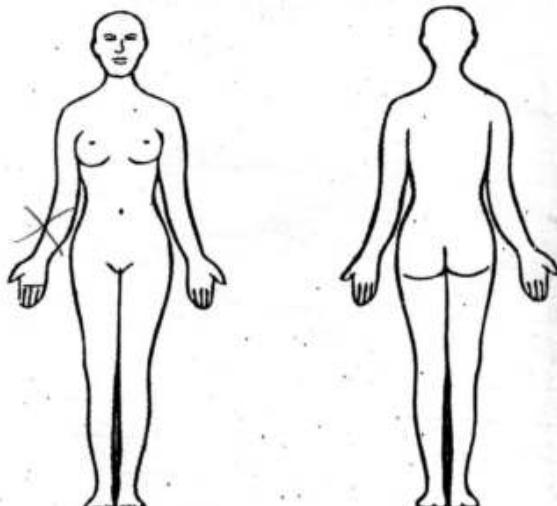
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM NÃO

OBSERVAÇÃO: _____

ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____

ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____

OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



Lote: 101771 Código: FOB 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEIA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab.:16/08/2018 Val.:08/2023
Registro Anvisa Nº 80083458031
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 000318 Código: AF35 8 680
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
(CX 4,8 X 200 X T)

Fab.:16/08/2018 Val.:08/2023
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

INSTRUMENTADO: Ana Karina JALECO N°: _____ ACESSO CENTRAL: _____

CIRCULANTE: Anderson

TIPO DE ANESTESIA: GERAL RAQUI PERIDUAL B.P.B. LOCAL

OBS.: _____

ANESTESISTA: DR. GILBERTO

INÍCIO DE ANESTESIA: 15:20

TÉRMINO DE ANESTESIA: 17:35 / 17:50

ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: _____

HORA: _____



ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



INÍCIO DE CIRURGIA: 15:40
CIRURGIÃO: Dr. Alvaro Andrade
1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
TIPO DE CIRURGIA: Fratura exposta do úmero e artéria braquial

TÉRMINO DE CIRURGIA: 17:30
SONDAGEM VESICAL: SIM () NÃO (X) N° DA SONDA: _____
SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X) N° DA SONDA: _____
EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () RX: SIM () NÃO ()
RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO () TIPO: _____

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X) TIPO: _____
ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X) FEITO FICHA: SIM () NÃO (X)
MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM ()
FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)
DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (X)
COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO () QUANTIDADE: 20 UNIDADES
GAZES CONFERIDAS: SIM (X) NÃO () QUANTIDADE: 30 UNIDADES
CAIXA CIRÚRGICA: EX 02110000A
COMPLETA: SIM () NÃO (X) OBS.: _____
ÓBITO: SIM () NÃO (X) HORA: _____ REALIZADO RCP: SIM () NÃO ()

RESPONSÁVEL PELA RCP: _____
PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI () ALTA ()
EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()
ENTUBADO: SIM () NÃO (X)
PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()
FEITO BOLETIM OPERATÓRIO PELO CIRURGIÃO: SIM (X) NÃO ()

FEITO BOLETIM DE ANESTESIA: SIM (X) NÃO ()
OBSERVAÇÕES: paciente adolecente sentado em sua cama observando os psicofarmacônicos e os fatores ambientais em seu ambiente com estímulos visuais e auditivos. Tensões traumáticas em braços direito e esquerdo. SSV: 120 mmHg. Freq. cardíaca é de 102-100%. Em AVP em MSE sem sinais de gástricas. Pct enervado no lado esquerdo e direito. SSV: 100 mmHg.

Manoel Edivaldo da Silva Júnior
Assinatura do(a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





LAUDO

PACIENTE Thayná L de Oliveira, FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO
CIRURGICO DE fratura de clavos, NO HOSPITAL DEOCLECIOS MARQUES DE
LUCENA NO DIA 04.12.19. E DEVE MANTER ACOMPANHAMENTO
AMBULATORIAL E FISIOTERAPICO.

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS A CRITERIO MEDICO PERITO.

CID 10: S42.3.

04.12.19.

Stanislaw Rollim
Ortopedia e Traumatologia
Jurado Oficial e Colaborador
CRM-RN 6086 TEC0114463

PARNAMIRIM





blob:https://web.whatsapp.com/481cd51c-923a-42e9-a9d1-93490944f44c

1/1



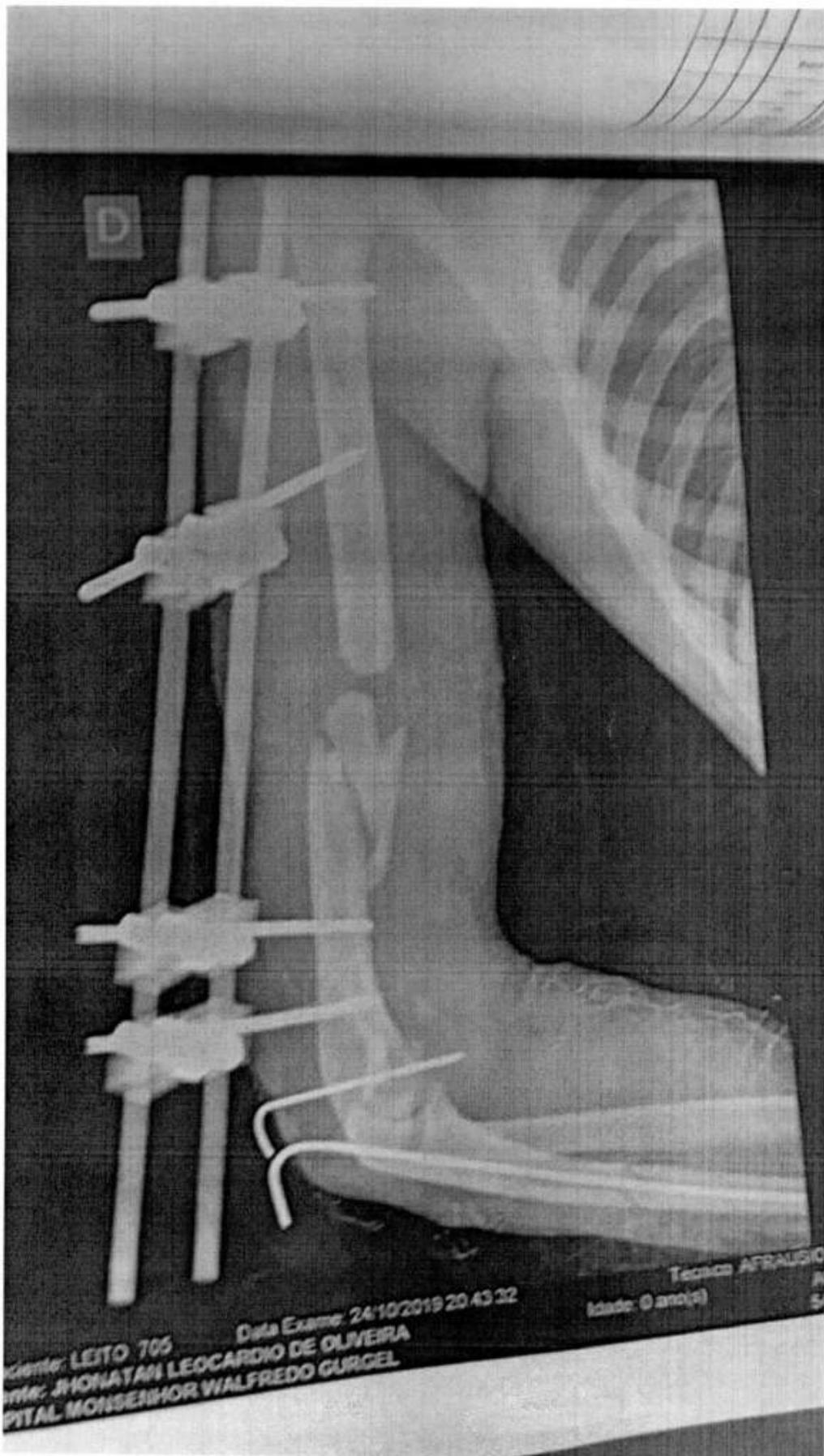
Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>
Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 30



Técnico: TIAGO ROCHA
UFSCar - UN
Idade: 15 anos(9)
Sexo: Masculino
Data Exame: 24/10/2019 14:00:14
Processo: ABRAHAYAN LUCAS DINO DE OLIVEIRA
HOSPITAL MONSEÑOR WALTER FERREIRA GURARO



blob:<https://web.whatsapp.com/eadad717-160f-4529-bcb6-31be20d64735>

1/1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>
Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 32



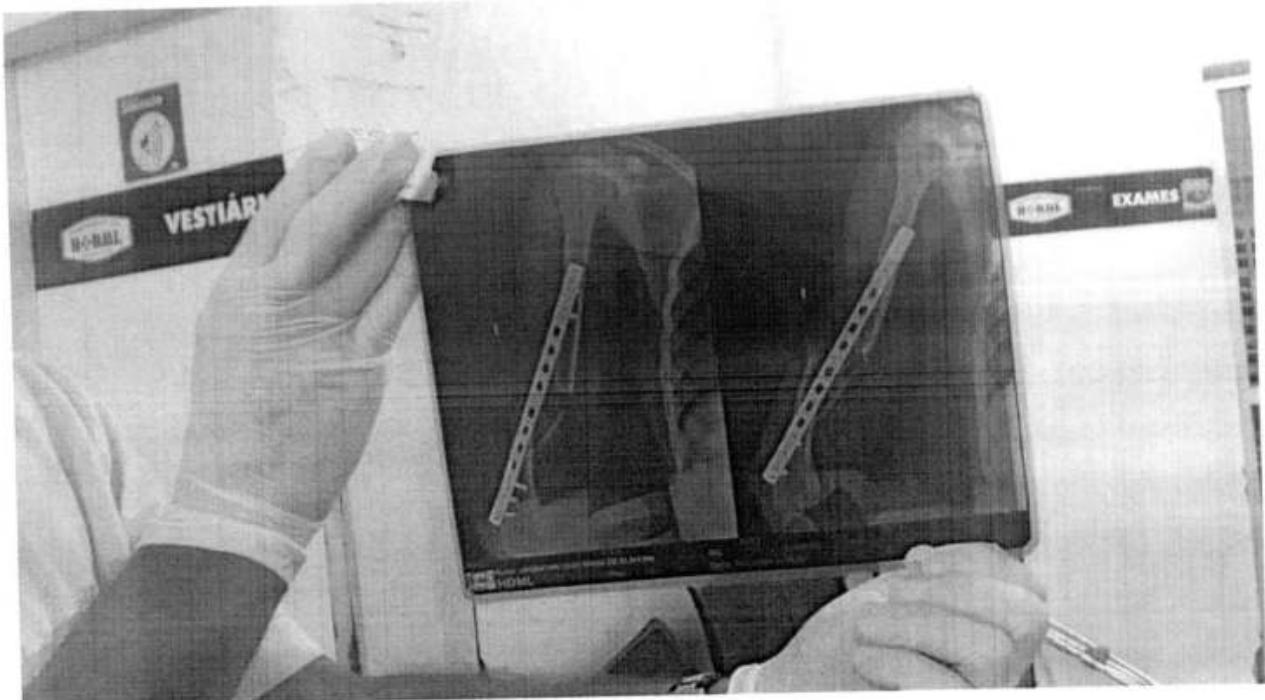
blob:https://web.whatsapp.com/eadad717-160f-4529-bcb6-31be20d64735

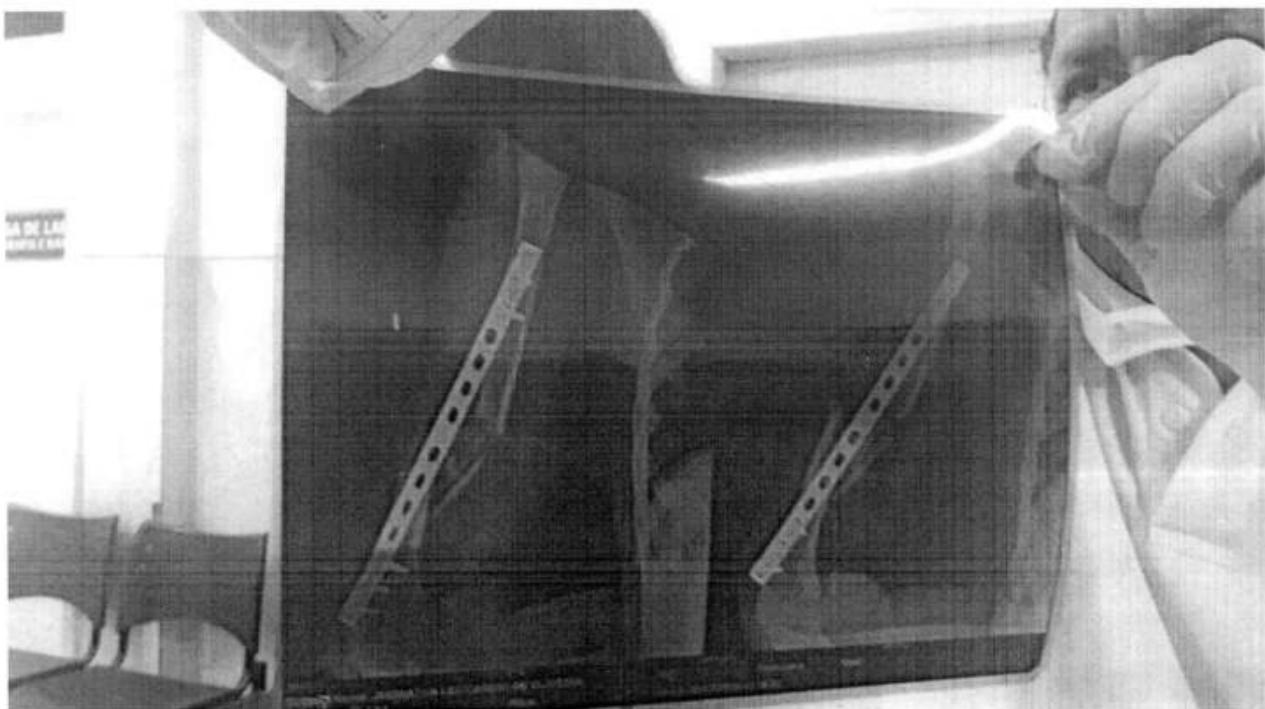
1/1



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>
Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 33







Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>
Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 36



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>
Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 37



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>
Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 38



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>
Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 39

ARUANA SEGUROS

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JHONATAN LEOCÁDIO DE OLIVEIRA
DATA DO ACIDENTE 24/10/2019 CPF DA VÍTIMA 702.043.444-41
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADOR.
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA BRASÍLICIO CAMILO
Nº 122 COMPLEMENTO BAIRRO ANEQUIM.
CIDADE GOIANINHA UF RN CEP 59173-000
E-MAIL _____ TELEFONE (84) 99134-3008.

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE Nascimento OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL , SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL). OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE Nascimento OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL , SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

POR PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA 09/01/2020

IDENTIDADE 1896734

ASSINATURA marcondes bernardino souza

RESPONSÁVEL PELA DIGITALIZAÇÃO NA SEGURADORA

DATA 09/01/2020

NOME Dau Oliveira

ASSINATURA de ..

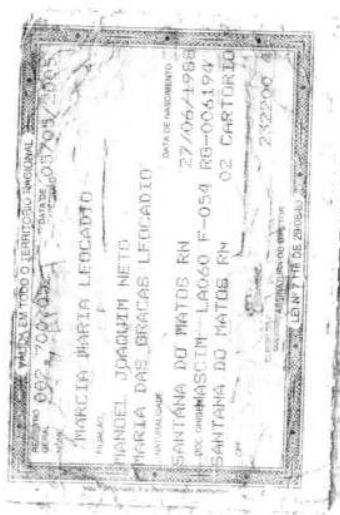


Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091102512600000058921133>

Número do documento: 2010091102512600000058921133

Num. 61418005 - Pág. 40



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>
Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 41



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>
Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 42

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200012167 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/10/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA COMINUTIVA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P2,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>
Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 43

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200012167 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 24/10/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA COMINUTIVA DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P2,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091102512600000058921133>
Número do documento: 2010091102512600000058921133

Num. 61418005 - Pág. 44

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	<i>Theronatan Leocádio de Oliveira</i>	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
PROFISSÃO:	Estudante	
IDENTIDADE:	339 2719	CPF: 702.043.242-31
ENDEREÇO:	Rua Ribeirão das Pedras 560 AP-403, residencial Ilustra Lucrécia 02-3	

OUTORGADO

NOME:	<i>Marcosvaldo Bernardo de Souza</i>	
NACIONALIDADE:	Brasileiro	
PROFISSÃO:	Estudante	
IDENTIDADE:	1896734	CPF: 061.089.354-80
ENDEREÇO:	Rua Brasiliense esquina 22, Vila União Centro urbana	
DATA DO ACIDENTE:	24/10/2019	COBERTURA: invalidez/funcional.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Observação: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Parnamirim, 20/12/2019

LOCAL E DATA

Márcia Maria Leocádio

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



1º Ofício de Notas e Registros
Rua Sargento Norberto Marques, 149 - Centro - CEP 59140-230 - Parnamirim - RN
Fone / Fax: (84) 3223-3325 - Site: www.1oficioparnamirim.com.br

Egíberto Lira do Vale (Titular) - Luciana Christine Rodrigues do Vale (Substituta)

Reconhecido por autenticidade e dou feita firma de:

MÁRCIA MARIA LEOCÁDIO

Celular Digital: RN20190063150039225APM

Confira a autenticidade em: <http://Selodigital.tjrn.jus.br>

Parnamirim/RN, 20 de Dezembro de 2019, hora: 12:23:15

Em testemunho

1º Ofício de Notas e Registros



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010999/20

Vítima: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

CPF: 702.043.444-41

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/10/2019

Titular do CPF: JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA : 061.089.354-80

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JHONATAN LEOCADIO DE OLIVEIRA : 702.043.444-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/01/2020
Nome: MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA
CPF: 061.089.354-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: Rau Campelo de Oliveira
CPF: 069.952.894-12

MARCONDES BERNARDINO DE SOUZA

Rau Campelo de Oliveira



Assinado eletronicamente por: Fernanda Christina Flôr Linhares - 09/10/2020 11:02:51
<https://pje1.g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911025126000000058921133>
Número do documento: 20100911025126000000058921133

Num. 61418005 - Pág. 46